

## LA OBESIDAD COMO ESTIGMA SOCIAL

EMILIO BUCHACA, MIGUEL BLANCO, ALEJANDRA GAYDOU, ALBERTO RUIZ CANTERO

Las causas de la obesidad son complejas. Su origen comienza en la niñez y abarca no solo factores genéticos, metabólicos y psicológicos, sino también sociales. Aunque los determinantes sociales interactúan con otros factores, varios estudios han encontrado que lo social es una variable causal predominante de la obesidad. Diferencias en el estatus socioeconómico (según lo determinado por ingresos, educación y ocupación), estilos de vida, desigualdad social, prácticas culturales raciales/étnicas y condiciones de vida desempeñan un papel importante en el aumento de peso<sup>1</sup>.

La obesidad, a su vez, puede provocar reacciones de estigma social y discriminación por parte de la sociedad hacia quienes tienen obesidad, lo que influye en la actuación del internista en su propósito de brindar una atención clínica integral. El estigma del sobrepeso y la obesidad consiste en la degradación social mediante actitudes o creencias estereotipadas negativas sobre una persona en función de su peso y tamaño corporal. Este estigma no respeta edad ni sexo y se manifiesta en el seno familiar, la escuela, el trabajo y en el propio proceso de cuidados de salud.

El desconocer que el paciente con obesidad es en gran medida el resultado de causas genéticas y, fundamentalmente, sociales en las esferas económica, estética, cultural y política, tiende a culpar al propio paciente de su enfermedad y de no bajar de peso como si fuese una elección personal. Esto determina un prejuicio con un efecto de halo negativo en la actitud hacia el paciente con obesidad<sup>2,3</sup>. En el ámbito laboral, se interpreta como menos apto, de menor autocontrol y menos disciplina, por lo tanto, merecedor de menores sueldos y progresos hacia puestos mejor remunerados. Las mujeres con obesidad ganan menos que las que no tienen obesidad y ocupan puestos de menores pagos<sup>4</sup>. Lograr contratos de trabajo es otro ejemplo de discrimina-

ción, ya que se considera que las personas con sobrepeso u obesidad son poco disciplinadas y menos productivas. También se prioriza su despido al reducirse las plantillas, incluso cuando el puesto de trabajo no se ve afectado por el peso corporal excesivo.

La burla y el aislamiento en el juego de niños y adolescentes con obesidad es un ejemplo de estigma. Los adolescentes sufren mucho las consecuencias sociales y emocionales negativas del estigma relacionado con el peso<sup>5</sup>.

En el proceso de atención médica, se ha reportado que algunos pacientes dejan de buscar ayuda por no lograr disminuir su peso corporal, percibiendo cierto rechazo del personal médico y de enfermería por esa razón<sup>6</sup>. Otra razón para buscar menos asistencia médica es el conflicto y la vergüenza que genera su peso corporal y la falta de mobiliario clínico y vestimentas acordes a sus dimensiones<sup>7</sup>.

La percepción del estigma social por parte de los pacientes con obesidad les genera autoestigma, es decir, la interiorización de las creencias y actitudes negativas transmitidas por la sociedad. Los adolescentes son particularmente susceptibles a esto, atribuyéndose ser flojos, descuidados, comer mucho y mal (comida chatarra), tener mala condición física, no ser personas sanas, ser poco atractivos, estar deprimidos, no conseguir pareja y verse chistosos. Estas percepciones generan reacciones depresivas, ansiedad, baja autoestima y una pobre imagen corporal. Su vida de relaciones se ve afectada por el rechazo de sus compañeros y por relaciones interpersonales de menor calidad<sup>8</sup>. La vivencia emocional negativa resulta en menor motivación y adherencia al tratamiento.

Ante tantos ámbitos de presentación, se comprende que las acciones de salud deben ser integrales e involucrar a estructuras gubernamentales y no gubernamentales, como medios de comunicación, sistemas de educación y organi-

zaciones laborales, entre otros sectores. De esta manera, todos pueden contribuir a concientizar sobre la existencia de este problema, propiciar una nueva narrativa sobre el origen de la obesidad<sup>9</sup> y a solucionar el problema del estigma social.

El decreto de leyes basadas en los derechos humanos que limiten la discriminación de las personas con obesidad es una propuesta que facilita la denuncia de actos discriminatorios y la defensa en el plano legal, ético y moral del paciente. El internista, desde su contacto profesional con estos enfermos, puede ser un educador clave y ejemplo en evitar conductas prejuiciadas y de rechazo. Un primer paso es el autoexamen de su posición respecto al estigma de la obesi-

dad. Una vez consciente de cualquier prejuicio y de los efectos negativos que tiene en el paciente y su vida social, corresponde dar los pasos positivos para motivar a los enfermos a compartir este tipo de experiencias negativas.

El acercamiento empático al paciente permite identificar sus respuestas no adaptativas a su situación de salud, hacerle saber que es comprendido, aportar consejos positivos para afrontar de forma adaptativa su situación y considerar la intervención de especialistas en psicología y psiquiatría para tratamiento psicoterapéutico.

Se desprende la necesidad de contar con mobiliario clínico y no clínico, vestimentas y equipos de toma de presión arterial y espéculos vaginales acordes a estos pacientes.

## Bibliografía

1. Cockerham WC. Theoretical approaches to research on the social determinants of obesity. *Am J Prev Med* 2022; 63: S8-S17.
2. Schmalz DL, Colistra CM. Obesity stigma as a barrier to healthy eating behavior. *Top Clin Nutr* 2016; 31: 86-94.
3. Brady C. Decreasing obesity and obesity stigma: socio-demographic differences in beliefs about causes of and responsibility for obesity. *Soc Sci* 2016; 5: 1-12.
4. Wee C, Davis R, Chiodi S, Huskey K, Hamel M. Sex, race, and the adverse effects of social stigma vs. other quality of life factors among primary care patients with moderate to severe obesity. *J Gen Intern Med* 2014; 30: 229-35.
5. Langford R, Davies A, Howe L, Cabral C. Links between obesity, weight stigma and learning in adolescence: a qualitative study. *BMC Public Health* 2022; 22: 109.
6. Ward-Smith P, Peterson JA. Development of an instrument to assess nurse practitioner attitudes and beliefs about obesity. *J Am Assoc Nurse Pract* 2016; 28: 125-9.
7. Durso L, Latner J. Understanding self-directed stigma: Development of the weight bias internalization scale. *Obesity* 2008; 16: 80-6.
8. Vilugrón Aravena F, Cortés M, Valenzuela J, Rojas C, Gutiérrez P. Obesidad, estigma relacionado con el peso y su asociación con la percepción de la calidad de vida en estudiantes universitarios chilenos. *Nutr Hosp* 2023; 40: 543-50.
9. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 2020; 26: 485-97.